

Commentaire sur la méta-analyse de la mortalité dans les hôpitaux  
privés américains réalisée par Devereaux et coll.

Document préparé pour le Comité sénatorial permanent des affaires  
sociales, des sciences et de la technologie

Brian S. Ferguson  
Département d'économie  
Université de Guelph  
Guelph (Ontario) N1G 2W1

Août 2002

Commentaire sur la méta-analyse de la mortalité dans les hôpitaux  
privés américains réalisée par Devereaux et coll.

Brian S. Ferguson  
Département d'économie  
Université de Guelph

1. Introduction

L'étude de Devereaux et coll. (2002)<sup>1</sup> est une méta-analyse de 14 ensembles de résultats provenant de 12 études ayant pour variable dépendante les taux de mortalité associés aux traitements hospitaliers et qui comptent, parmi les variables explicatives, le type de propriété des hôpitaux où les malades ont été soignés. L'étude Devereaux porte sur la mortalité relative des hôpitaux privés à but lucratif et des hôpitaux privés sans but lucratif des États-Unis et ne contient pas de données sur d'autres pays où sont exploités des hôpitaux à but lucratif. La raison invoquée pour expliquer l'absence de comparaison des taux de mortalité entre les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux publics américains des États-Unis est que 95 % des hôpitaux canadiens sont à toutes fins pratiques des établissements privés sans but lucratif administrés par leurs propres directeurs et administrateurs. Les auteurs sembleraient avoir été indûment influencés par l'apparence d'indépendance.

Il est vrai que, dans le quotidien, l'administration des hôpitaux canadiens relève d'un conseil d'administration, mais celui-ci n'a de latitude que dans la mesure où ses décisions sont approuvées par le

---

<sup>1</sup> P.J. Devereaux et coll., « A Systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of Private for-profit and private not-for-profit hospitals », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 28 mai, 166(11) 1399-1406 (plus une annexe publiée en ligne).

ministère provincial de la Santé concerné. Si le Ministère décide de fermer un service ou de transférer un service d'un hôpital à un autre, les hôpitaux visés ont les mains liées et peuvent au plus essayer de mobiliser l'opinion pour forcer le Ministre à revenir sur sa décision. En revanche, si le conseil d'administration décide de fermer un service, le ministère peut l'en empêcher. Le Ministère pourrait même fermer tout un hôpital si une commission de restructuration des services hospitaliers le recommandait.

Devereaux et coll. appuient leur thèse sur une étude de Deber<sup>2</sup> (2000) où l'auteur affirme que la plupart des hôpitaux du Canada devraient être considérés comme des établissements privés et non publics du fait que leurs employés ne travaillent pas directement pour l'administration publique, ne sont pas des fonctionnaires et que l'administration n'est pas assujettie aux lignes directrices régissant la fonction publique. Si l'on pousse le raisonnement jusqu'au bout, les systèmes scolaires des provinces n'appartiendraient pas au secteur public et l'armée serait considérée comme une entreprise privée. C'est un argument qui ne convainc pas.

Il importe aussi de noter que l'idée que se font la plupart des Canadiens des hôpitaux américains sans but lucratif, à savoir qu'ils soignent gratuitement les personnes non assurées, n'est pas tout à fait exacte. La majeure partie des soins dispensés à cette population sont le fait des hôpitaux public et de quelques hôpitaux d'enseignement. Pour la plupart, les hôpitaux privés sans but lucratif ne fournissent pas plus de soins aux non-assurés que les hôpitaux privés à but lucratif.

---

<sup>2</sup> Raisa Deber (2000), *Getting What We Pay For : Myths and Realities about Financing Canada's Health Care System*, Département d'administration de la santé, Université de Toronto.

Norton et Staiger (1994)<sup>3</sup> ont observé que, lorsque des hôpitaux privés à but lucratif et des hôpitaux privés sans but lucratif se partagent le même secteur, ils servent un nombre analogue de malades non assurés<sup>4</sup>. S'il y a des différences au niveau des chiffres entre les nombres de malades non assurés servis par les divers types d'hôpitaux, cela tient au fait que les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif ne sont pas distribués uniformément sur l'ensemble du territoire américain. Qu'il s'agisse d'établissements à but lucratif ou d'établissements sans but lucratif, les hôpitaux privés américains jouissent d'une bien plus grande latitude que les hôpitaux canadiens quand au choix de la clientèle qu'ils servent. Sur ce plan, les hôpitaux canadiens ressemblent davantage aux hôpitaux publics américains qu'aux hôpitaux privés sans but lucratif américains.

S'il existe de bonnes raisons de vouloir comparer le rendement des hôpitaux privés américains à but lucratif et sans but lucratif, surtout du fait qu'ils ont plus de ressemblances les uns avec les autres qu'ils n'en ont chacun avec les hôpitaux publics américains, nous ne sommes pas convaincus que les hôpitaux canadiens ressemblent davantage aux hôpitaux américains privés sans but lucratif qu'aux hôpitaux américains publics, comme l'affirment les auteurs de l'étude.

L'étude de Devereaux et coll. brosse par ailleurs un tableau trompeur de la situation financière des hôpitaux américains privés à but lucratif et sans but lucratif. Les auteurs affirment par exemple que,

---

<sup>3</sup> Edward C. Norton et Douglas O. Staiger (1994), « How hospital ownership affects access to care for the uninsured », *Rand Journal of Economics*, 25(1), printemps, 171-185.

<sup>4</sup> Les hôpitaux privés sans but lucratif américains sont censés offrir des services communautaires, comme des services médicaux gratuits, en échange de leur exemption d'impôt. Beaucoup respectent cette obligation, mais le comportement d'un grand nombre d'entre eux est tel que les municipalités et les États commencent à douter que les hôpitaux privés sans but lucratif respectent leurs engagements.

en général, les investisseurs s'attendent à un rendement de 10 à 15 % sur leur investissement (p. 1404). Si tel était le cas, force serait de conclure que les actionnaires des hôpitaux privés à but lucratif vont depuis longtemps de déception en déception et qu'ils n'en tirent pas la leçon qui s'impose puisque la marge bénéficiaire moyenne des hôpitaux privés à but lucratif est de l'ordre de 5 % et ce, depuis des dizaines d'années. La plupart du temps, la marge bénéficiaire moyenne (qu'on appelle l'excédent dans le secteur sans but lucratif) des hôpitaux privés sans but lucratif est de l'ordre de deux points ou moins<sup>5</sup>. Ces deux dernières années, les marges bénéficiaires des hôpitaux privés sans but lucratif ont été sensiblement inférieures à celles de leurs homologues à but lucratif, mais cela tient aux pertes enregistrées par les hôpitaux privés sans but lucratif sur leurs activités à but lucratif. Ces établissements ont en effet acheté des pratiques de médecins et des assureurs pour les exploiter dans un but lucratif, peut-être parce qu'ils en attendaient un rendement de 10 à 15 %, mais ils se sont rendu compte que la médecine à but lucratif n'est pas si lucrative que cela. Selon Sloan<sup>6</sup>, en 1993, la marge bénéficiaire moyenne des hôpitaux privés à but lucratif s'est établie à 4,9 % comparativement à 3,6 % pour les hôpitaux privés sans but lucratif, et 29 % des hôpitaux privés à but lucratif ont enregistré une marge bénéficiaire négative contre 22,2 % dans le cas des hôpitaux privés sans but lucratif. Hoerger (1991)<sup>7</sup> a analysé la variabilité relative des bénéfices entre les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif<sup>8</sup> - dans son jeu de données (des données historiques

---

<sup>5</sup> MedPAC, *Report to Congress: Medicare Payment Policy*, mars 2001.

<sup>6</sup> Frank A. Sloan (1998), « Commercialism in Nonprofit Hospitals », *Journal of Policy Analysis and Management*, 17(2), p. 234-252.

<sup>7</sup> Thomas J. Hoerger (1991), « 'Profit' variability in for-profit and not-for-profit hospitals », *Journal of Health Economics*, 10, p. 259-289.

<sup>8</sup> Il a constaté que les bénéfices des hôpitaux à but lucratif variaient le plus.

couvrant la période 1983-1988 lui permettant d'étudier l'effet des changements apportés à la manière dont le régime Medicare américain rémunère les hôpitaux), le bénéfice net moyen<sup>9</sup> des hôpitaux privés sans but lucratif était supérieur de 40 % à celui des hôpitaux privés à but lucratif<sup>10</sup>.

Mark (1999)<sup>11</sup> a étudié un ensemble de données contenant des renseignements sur toutes les conversions d'hôpitaux privés de soins actifs entre 1989 et 1992 et des données de comparaison portant sur 3 800 hôpitaux de soins actifs qui ne se sont pas convertis pour la même période. En comparant les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif en général (et pas seulement le groupe de conversion), elle a constaté que les marges bénéficiaires étaient supérieures chez les hôpitaux sans but lucratif en 1989 et en 1990, équivalentes dans les deux types d'établissements en 1991 et supérieures chez les hôpitaux privés à but lucratif en 1992-1995. Pour six des sept années étudiées (une fois encore dans l'ensemble des hôpitaux et non dans le seul groupe de conversion), les dépenses d'exploitation moyennes et les dépenses moyennes au titre du programme Medicare ne différaient pas d'un groupe à l'autre. Comme ce fut le cas dans d'autres études sur la manière dont les hôpitaux

---

<sup>9</sup> Par définition, les recettes nettes par patient plus les recettes totales ne provenant pas des patients moins les coûts d'exploitation totaux et le total des autres dépenses.

<sup>10</sup> Certains pourraient évidemment soutenir que l'important, ce n'est pas tant le montant brut des bénéfices, mais ce que l'on en fait. On suppose souvent d'emblée que les hôpitaux à but lucratif distribuent les profits à leurs investisseurs et que les hôpitaux sans but lucratif s'en servent pour promouvoir leurs objectifs sociaux. C'est oublier que beaucoup d'hôpitaux à but lucratif investissent les bénéfices non distribués dans les immeubles et l'équipement. Il faut aussi noter que si les hôpitaux privés sans but lucratif se servaient des bénéfices tirés des services profitables pour subventionner les services qui ne le sont pas, leurs bénéfices seraient moindres. Encore faut-il, bien sûr, qu'ils réalisent des bénéfices.

<sup>11</sup> Tami L. Mark (1999), « Analysis of the Rationale for, and Consequences of, Nonprofit and For-Profit Ownership Conversions », *Health Services Research*, 34(1, Part 1), avril, 83-101.

privés à but lucratif réalisent des bénéfices, elle a constaté que les revenus moyens (calculés par congé) étaient plus élevés dans les hôpitaux privés à but lucratif que dans les hôpitaux privés sans but lucratif (durant toute la période, à l'exception d'une année où, d'après son tableau 6, ils étaient identiques). Elle a aussi constaté que, durant six des sept années observées, le nombre de salariés par patient et le nombre d'infirmières autorisées par patient étaient sensiblement plus élevés dans les hôpitaux privés à but lucratif que dans les hôpitaux privés sans but lucratif et que, pour cinq des sept années étudiées, il en allait de même pour le nombre d'infirmières par patient.

Même si les marges sont bien inférieures à ce que Devereaux et coll. donnent à penser et même si, certaines années, les hôpitaux privés sans but lucratif affichent une marge bénéficiaire supérieure à celle des hôpitaux privés à but lucratif, en moyenne (Sloan (1998)), il est vrai que les hôpitaux privés à but lucratif affichent généralement des marges supérieures à celles des hôpitaux privés sans but lucratif, ne serait-ce que d'un ou deux points. Beaucoup d'études ont été réalisées sur la performance financière des hôpitaux privés à but lucratif et des hôpitaux privés sans but lucratif<sup>12</sup>, dont les résultats indiquent le plus souvent que ce sont les revenus et non les coûts qui sont responsables de la meilleure marge des hôpitaux privés à but lucratif. De manière empirique, les hôpitaux privés à but lucratif n'augmentent pas leurs bénéfices en réduisant les coûts mais en accroissant les revenus.

Toujours sur le plan empirique, les hôpitaux privés sans but lucratif et les hôpitaux privés à but lucratif réagissent de la même

---

<sup>12</sup> Voir par exemple Ramesh K. Shukla, John Pestian et Jan Clement (1997), « A Comparative Analysis of Revenue and Cost-Management Strategies of Not-for-Profit and For-Profit Hospitals », *Hospital and Health Services Administration*, 42(1), Spring, 117-134.

manière aux incitatifs financiers<sup>13</sup> et, ce qui est peut-être encore plus révélateur quant à l'idée que l'on se fait des hôpitaux privés sans but lucratif, les deux ont tendance à profiter de toute situation de monopole en relevant leurs prix<sup>14</sup>. L'argument qu'invoquent les hôpitaux privés sans but lucratif en défense contre les poursuites antitrust voulant qu'ils devraient échapper aux poursuites antitrust du fait que leur statut d'établissement sans but lucratif leur donne une vocation d'action sociale est attaqué par les juristes en raison du comportement des hôpitaux privés sans but lucratif qui se trouvent en situation de monopole ou dans une position dominante dans leur marché<sup>15</sup>.

L'article de Devereaux et coll. est trompeur aussi en ce qui concerne les diverses sources de fonds dont disposent les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif. Lorsqu'ils parlent des pressions exercées par les investisseurs, ils donnent à entendre que, du fait qu'ils ne sont pas cotés en bourse, les hôpitaux sans but lucratif ne subissent pas de pressions externes. Or, s'il est

---

<sup>13</sup> Duggan (2000) étudie les effets du Disproportionate Share Hospital (DSH) Payment Program de la Californie, lequel récompensait les hôpitaux qui offraient des soins à certains types de malades non assurés, sur le comportement des hôpitaux privés à but lucratif et des hôpitaux privés sans but lucratif. Il a constaté que les deux types d'hôpitaux pratiquaient l'écémage et avaient accru la proportion, dans leur clientèle, des patients non assurés maintenant devenus plus lucratifs au détriment des groupes non assurés non couverts par le programme DSH, qu'ils laissaient aux hôpitaux publics. Les hôpitaux à but lucratif comme les hôpitaux sans but lucratif ont vu leurs revenus augmenter sensiblement après l'instauration du programme, mais ni les uns ni les autres n'ont utilisé leurs recettes additionnelles pour améliorer la qualité des soins aux pauvres ou offrir davantage de soins aux groupes qui ne bénéficiaient pas du programme DSH. Duggan en conclut que les deux types d'hôpitaux réagissent de la même manière aux incitatifs financiers et que les hôpitaux privés sans but lucratif ne sont pas plus altruistes que les hôpitaux privés à but lucratif. Mark G. Duggan (2000), « Hospital Ownership and Public Medical Spending », *Quarterly Journal of Economics*, CXV, novembre, 1343-1373.

<sup>14</sup> Voir l'analyse documentaire figurant dans Sloan (1998) et dans Brian S. Ferguson (2002), *Profits and the Hospital Sector: What Does the Literature Really Say?*, Document de travail, Département d'économie, Université de Guelph et Atlantic Institute for Market Studies.

<sup>15</sup> Amanda J. Vaughn (1999), « The use of the nonprofit "defence" under section 7 of the Clayton Act », *Vanderbilt Law Review*, 52, mars, 558-597.



vrai que les exigences de non distribution des hôpitaux privés sans but lucratif signifient que ceux-ci ne peuvent pas vendre d'actions, rien ne les empêche d'émettre des obligations, et ils ne s'en privent pas. Comme l'ont montré Sloan, Hoerger, Morrissey et Hassan (1990)<sup>16</sup>, les hôpitaux privés sans but lucratif ont constaté une baisse sensible de la philanthropie avec le temps, cette baisse étant généralement en relation inverse avec la couverture d'assurance. En 1993, pour l'ensemble des hôpitaux communautaires, la philanthropie, les subventions et les revenus d'intérêt ont représenté tout juste 2 % des revenus des hôpitaux (moins que les revenus moyens tirés par ces hôpitaux des frais de stationnement et de la boutique de cadeaux), tandis que les paiements des programmes Medicare et Medicaid en représentaient 55 % et les paiements des autres régimes d'assurances, 33 %<sup>17</sup>. En fait, les hôpitaux privés sans but lucratif ont beaucoup exploité les marchés des obligations : d'après des estimations du début des années 1990, l'encours de la dette des hôpitaux sans but lucratif totalisait à l'époque plus de cent milliards de dollars américains<sup>18</sup>. Le financement par obligations est différent du financement par actions au moins à un égard important pour notre propos : les détenteurs d'obligations ont la priorité sur les détenteurs d'actions. Les actionnaires participent aux bénéfices d'une entreprise, mais aussi au risque. Les détenteurs d'obligations touchent généralement un rendement moindre que les actionnaires les bonnes

---

<sup>16</sup> Frank A. Sloan, Thomas J. Hoerger, Michael Morrissey et Mahmud Hassan (1990), « The Decline of Hospital Philanthropy », *Economic Inquiry*, 28(4), octobre, 725-743.

<sup>17</sup> Thomas E. Getzen (1997), *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, John Wiley & Sons, New York.

<sup>18</sup> Voir Gerard J. Wedig, Mahmud Hassan et Michael Morrissey (1996), « Tax-Exempt Debt and the Capital Structure of Nonprofit Organizations: An Application to Hospitals », *The Journal of Finance*, 51(4), septembre, 1247-1283. Voir aussi Michael Grossman, F. Goldman, S. Nesbitt et P. Mobilia (1993), « Determinants of interest rates on tax-exempt hospital bonds », *Journal of Health Economics* 12, 385-410.

années, mais n'ont pas à participer aux pertes les mauvaises. On peut dire aux actionnaires qu'il n'y aura pas de paiement de dividendes une année donnée; il est beaucoup plus difficile de se soustraire aux engagements relatifs à des obligations. En fait, on peut dire aux actionnaires qu'il n'y aura pas de paiements de dividendes parce qu'il faut rembourser des obligations. Le fait que les hôpitaux privés sans but lucratif ne peuvent pas avoir d'actionnaires signifie que leurs investisseurs externes – les détenteurs d'obligations – n'ont pas à assumer les pertes d'une mauvaise année. En fait, les mauvaises années sont plus difficiles pour les hôpitaux privés sans but lucratif qui se financent sur le marché des obligations que pour un hôpital qui se finance auprès d'actionnaires en sus des marchés d'obligations.

En outre, le taux d'intérêt qu'un hôpital privé (à but lucratif ou à sans but lucratif) pratique sur ses obligations dépend grandement de sa cote de crédit<sup>19</sup>. Pour les fins des marchés d'obligations, les hôpitaux privés sans but lucratif et les entreprises à actionnaires sont cotés par les mêmes agences de cotation. La cote de crédit d'un hôpital dépendra de sa capacité prévue de s'acquitter de ses paiements d'obligations, laquelle dépend de ses marges nettes. Or, régulièrement durant toutes les années 1990, davantage d'hôpitaux sans but lucratif ont vu les cotes des leurs obligations réduites et non augmentées. Contrairement à l'impression que suscite l'étude de Devereaux et coll., les hôpitaux privés sans but lucratif ont effectivement des investisseurs commerciaux externes qui exercent des pressions sur eux. Langland-Orban et coll. (1996)<sup>20</sup> affirment que la nécessité croissante de faire appel au financement par emprunt

---

<sup>19</sup> Grossman et coll. (1993) estime l'impact des cotes de crédit sur le taux d'intérêt qu'un hôpital doit verser sur ses obligations.

<sup>20</sup> Barbara Langland-Orban, Louis C. Gapenski et W. Bruce Vogel (1996), « Differences in Characteristics of Hospitals with Sustained High and Sustained Low Profitability », *Hospital & Health Services Administration*, 41(3), automne, 385-399.

augmente les dépenses d'intérêt courantes, ce qui hausse les coûts des bâtiments et équipement neufs et peut décourager l'investissement dans ces éléments. Même à une petite échelle, les hôpitaux privés sans but lucratif qui financent leurs investissements par des emprunts contractés auprès de leur banque locale doivent assumer des paiements d'intérêt et, que les emprunts soient petits ou gros, les gens qui prêtent de l'argent aux hôpitaux privés sans but lucratif s'attendent à un bénéfice analogue à celui qu'ils réaliseraient ailleurs. Comme le fait remarquer Getzen (1997)<sup>21</sup>, comme les hôpitaux communautaires privés sans but lucratif se sont endettés de plus en plus et se sont de ce fait exposés à des pressions croissantes de la part de leurs créanciers, ils ont dû adopter des pratiques à caractère plus commercial. L'idée que les hôpitaux privés sans but lucratif sont en quelque sorte à l'abri des pressions des investisseurs n'est rien d'autre qu'une plaisante illusion.

En outre, les documents ne confirment pas du tout l'hypothèse que la recherche de profit amène nécessairement à rogner sur les coûts. Langland-Orban et coll. (1996)<sup>22</sup> notent que dans un échantillon de 120 hôpitaux de la Floride comprenant à la fois des hôpitaux privés à but lucratif et des hôpitaux privés sans but lucratif, tiré au début des années 1990, la proportion des hôpitaux du groupe à fort bénéfices ayant une accréditation de niveau élevé de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) était supérieure à la proportion correspondante parmi les hôpitaux à faibles bénéfices. Les chiffres ne sont pas ventilés en détail selon le type de propriété, mais les auteurs font néanmoins remarquer que

---

<sup>21</sup> Thomas E. Getzen (1997), *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, John Wiley & Sons, New York, p. 172-173.

<sup>22</sup> Barbara Langland-Orban, Louis C. Gapenski et W. Bruce Vogel (1996), « Differences in Characteristics of Hospitals with Sustained High and Sustained Low Profitability », *Hospital & Health Services Administration*, 41(3), automne, p. 397.

89 % des hôpitaux affichant régulièrement des bénéfices élevés avaient des actionnaires. (Cela ne signifie pas que tous les hôpitaux à actionnaires étaient très profitables; 55 % des hôpitaux à faible bénéfices avaient aussi des actionnaires. Dans l'ensemble, 49 % des hôpitaux de l'échantillon avaient des actionnaires. Le groupe de rentabilité moyenne comptait peu d'hôpitaux à actionnaires. Cette observation est conforme aux résultats de Hoerger (1991) qui a constaté que les hôpitaux privés à but lucratif affichaient une plus grande variabilité au niveau des bénéfices que les hôpitaux privés sans but lucratif.)

Chen et coll. (1999)<sup>23</sup> a étudié le numéro de 1997 du rapport *100 Top Hospitals*<sup>24</sup> de HCIA afin de déterminer quels sont les facteurs qui déterminent le statut de meilleur hôpital, du moins selon les critères employés dans le rapport. Le rapport de HCIA tient compte de la performance financière aussi bien que de la performance médicale, puisqu'il se veut en partie du moins un guide à l'intention des investisseurs, mais on y précise que les 100 meilleurs hôpitaux ont généralement des marges bénéficiaires élevées, de faibles taux de mortalité et de complications et un indice de pondération de clientèle Medicare élevé, ce qui signifie qu'ils ont une clientèle aux cas plus complexes. On ne fait pas de distinction dans le rapport entre les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif, mais comme les investisseurs peuvent investir dans les hôpitaux sans but lucratif par la voie du marché des obligations, cette distinction est de toute façon inutile. En sélectionnant trois ans de données et en comptant un hôpital parmi les « 100 meilleurs » s'il a fait partie de

---

<sup>23</sup> Jersey Chen, Martha J. Radford, Yun Wang, Thomas A. Marciniak et Harlan M. Krumholz (1999), « Performance of the '100 Top Hospitals': What Does the Report Card Report », *Health Affairs*, 18(4), juillet/août, 53-68.

<sup>24</sup> HCIA Inc. and William M. Mercer Inc. *100 Top Hospitals: Benchmarks for Success*, Baltimore et New York, publication annuelle.

cette liste au moins une fois en 1994, en 1995 ou en 1996, Chen et coll. ont produit leurs propres indicateurs de rendement pour les hôpitaux figurant dans le rapport et pour un groupe d'hôpitaux du même type (ce qui donne un total de 4 672 hôpitaux) et se sont penchés en particulier sur la mortalité par infarctus aigu du myocarde (alors que les auteurs du rapport se bornent à la mortalité générale) et ont constaté, après avoir classé les hôpitaux dans quatre catégories (petits hôpitaux ruraux, petits hôpitaux urbains, hôpitaux d'enseignement et hôpitaux sans vocation pédagogique), que le taux moyen de mortalité corrigé en fonction du risque dans les 100 meilleurs hôpitaux n'est pas vraiment différent de celui observé dans les hôpitaux du même type, ni l'utilisation de thérapies fondées sur des lignes directrices chez les patients sans contre-indications (p. 64). Dans chacun des trois premiers groupes d'hôpitaux, les hôpitaux privés à but lucratif étaient sur-représentés parmi les 100 meilleurs hôpitaux à un degré statistiquement significatif<sup>25</sup>.

D'autres études ont abouti à des constatations analogues. Hsia et Ahern (1992)<sup>26</sup> ont remarqué que, dans l'ensemble, le fait de ne pas lésiner sur la qualité engendre des bénéfices sensiblement supérieurs même en dépit de l'addition de coûts de tests et en tenant compte du coût des tests négatifs (p. 24). Cleverley et Harvey (1992)<sup>27</sup> ont étudié un petit échantillon d'hôpitaux et se sont servi de la mortalité pour

---

<sup>25</sup> Dans le groupe des petits hôpitaux ruraux, 20 % des « 100 meilleurs hôpitaux » étaient des hôpitaux privés à but lucratif contre 8 % dans le groupe d'hôpitaux du même type; les proportions équivalentes s'établissaient à 40 et 22 % pour les petits hôpitaux urbains et à 32,3 et 12 % dans le cas des hôpitaux sans vocation pédagogique. Même dans le groupe des hôpitaux d'enseignement, dont seulement 2,3 % étaient des hôpitaux privés à but lucratif (13 sur 574), 5,1 % des 100 meilleurs établissements étaient des hôpitaux privés à but lucratif (4 sur 78).

<sup>26</sup> David C. Hsia et Cathleen A. Ahern (1992), « Good quality care increases hospital profits under prospective payment », *Health Care Financing Review*, 13(3), 17-24, printemps.

<sup>27</sup> William O. Cleverley et Roger K. Harvey (1992), « Is there a link between hospital profit and quality », *Health Care Financial Management*, 46(9), septembre.

juger de la qualité et ont conclu que les hôpitaux de piètre qualité étaient peu rentables. Dans une étude groupant les hôpitaux à but lucratif et les hôpitaux sans but lucratif, Annette Tomal (1998)<sup>28</sup> a trouvé qu'une marge bénéficiaire élevée une année se traduit l'année suivante par un taux de mortalité plus bas.

Il importe de noter que l'étude de Cleverley et Harvey et celle de Tomal ont analysé les rapports entre les bénéfices et la mortalité, mais aucune des deux n'est citée dans Devereaux et coll. L'explication tient sans doute au caractère restrictif de la méta-analyse. Ni Cleverley et Harvey ni Tomal n'ont distingué les hôpitaux à but lucratif des hôpitaux sans but lucratif, ce qui veut dire que ni l'une ni l'autre étude ne comportait de variable binaire sur la propriété pouvant être utilisée pour produire des chiffres sur le risque relatif de mortalité. Ainsi, bien que les deux études soient instructives quant au rapport entre les bénéfices gagnés et la mortalité, la méthodologie de la méta-analyse exige que ces études soient traitées comme si elles ne contenaient aucune information et ont donc été omises. On a des raisons donc de se demander quelles ont été les autres conséquences du processus de filtrage rigoureux de la méta-analyse de Devereaux et coll. Il faut cependant analyser d'abord le fonctionnement de la méta-analyse.

---

<sup>28</sup> Annette Tomal (1998), « The relationship between hospital mortality rates and hospital, market and patient characteristics », *Applied Economics*, 30, 717-725.

## IX. Conclusions

On a tendance, dans les analyses du secteur de la santé, à supposer que la qualité est nécessairement l'ennemie de la rentabilité. Ce n'est pas toujours le cas et ce, pour plusieurs raisons. Dans n'importe quel secteur d'activité, le fait d'offrir un bon service peut réduire les coûts des réparations ultérieures – dans le secteur de la santé, toute réduction du taux de complications peut faire économiser, et les améliorations des processus qui réduisent les taux de complications vont vraisemblablement réduire aussi la mortalité. En outre, une réputation de qualité, en particulier dans un secteur associé à des questions de vie ou de mort, est un outil puissant de stimulation de la demande. Il est certain que les hôpitaux n'hésitent pas à le dire quand ils obtiennent un rang élevé sur le plan de la qualité<sup>29</sup>. Aux États-Unis, les patients et les organisations de soins de santé intégrés sont de plus en plus sensibles à la qualité à mesure que se multiplient les fiches sur les hôpitaux.

On a aussi généralement tendance à supposer que la moyenne d'une distribution est complètement représentative de l'ensemble de la distribution. Si l'on veut connaître le risque de se retrouver dans un hôpital de piètre qualité, il faut connaître l'étendue de la distribution. En Pennsylvanie, le Pennsylvania Health Care Costs Containment Council produit des rapports sur les résultats des hôpitaux qui effectuent des pontages aortocoronariens. En 1994-1995, 43 hôpitaux de l'État, tous sans but lucratif, pratiquaient ces interventions. Le taux de mortalité brut moyen était de 3,19 %. Cependant, l'hôpital affichant le taux de mortalité le plus élevé avait un taux brut de mortalité de plus du double de la moyenne et de plus de quatre fois le

---

<sup>29</sup> Voir la discussion à ce sujet dans David Dranove (2000), *The Economic Evolution of American Health Care*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey.

taux de l'hôpital au taux brut le plus bas. Si l'on corrige les chiffres en divisant le taux de mortalité réel par le taux de mortalité prévu, le pire hôpital avait en fait un taux de mortalité réel de 70 % plus élevé que le taux de mortalité prévu et le meilleur hôpital, un taux de mortalité réel de moins de la moitié de son taux prévu.

En nous servant des données contenues dans les rapports de Pennsylvanie, nous avons effectué une régression des taux de mortalité réels en fonction de plusieurs variables explicatives. La variable prédictive la plus forte du taux de mortalité réel est le taux de mortalité prévu, lequel explique environ 42 % de la variation de la mortalité associée aux pontages aortocoronariens parmi les 43 hôpitaux. Le nombre des interventions réalisées dans un établissement avait un effet négatif important lorsqu'il était la seule autre variable explicative (en dehors de la mortalité prévue) dans l'équation, mais perdait son importance en présence d'une variable rendant compte de la proportion du nombre total des interventions pratiquées dans l'hôpital exécutées par le chirurgien responsable du plus grand nombre d'interventions dans cet hôpital. Le coefficient de cette variable était négatif. L'importance relative des indicateurs de volume concernant les médecins et les hôpitaux montre que l'effet d'expérience était plus marqué au niveau du chirurgien qu'au niveau de l'hôpital. Le fait d'ajouter une variable pour le nombre d'opérations réalisées par le chirurgien le plus actif de l'hôpital a porté la puissance explicative de l'équation à 52 %.

Il est beaucoup plus difficile de faire l'analyse de modèles de comportement que de modèles épidémiologiques classiques. Le comportement de tout agent économique est dicté par un certain nombre d'objectifs, l'agent choisissant les instruments qui lui permettront d'atteindre les objectifs en question. Ainsi, pour tester des



hypothèses sur le comportement humain, il faut d'abord établir des prédictions à partir d'un modèle de comportement crédible tenant compte de la manière dont les personnes réagissent aux interventions politiques. Les incertitudes de la modélisation, combinées aux problèmes économétriques, en particuliers ceux que posent le gauchissement des données résultant de l'omission d'une variable, le biais de sélection et le biais d'endogénéité, sont telles qu'il est impossible de trouver une réponse définitive à la plupart des problèmes et que l'on doit se contenter d'approximations. Plus l'effet étudié est ténu, plus l'erreur d'estimation est grande et plus il importe de fignoler les détails de l'estimation et de la modélisation.

Un hôpital est une entreprise multi-produits dont le produit principal, la qualité des soins, est difficile à observer. La plupart des études de la qualité des hôpitaux utilisent un nombre restreint d'indicateurs, parfois seulement la mortalité. Or, si celle-ci est de toute évidence un résultat important des soins hospitaliers, la validité des taux de mortalité corrigés comme indicateurs de qualité est loin de faire l'unanimité<sup>30</sup>.

Les efforts pour améliorer la qualité des hôpitaux doivent être concentrés sur deux fronts. Il faut d'abord élaborer des incitatifs qui encourageront la qualité indépendamment de facteurs comme le type de propriété. S'il est certes difficile de concevoir des systèmes d'incitatifs qui encourageront la qualité sans inciter excessivement à une déclaration erronée, la tâche n'est pas impossible, comme l'ont montré les travaux de Mingshan Lu de l'Université de Calgary<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Voir, par exemple, David L. Zalkind et Steven R. Eastaugh (1997), « Mortality Rates as an Indicator of Hospital Quality », *Hospital and Health Services Administration*, 42(1), printemps.

<sup>31</sup> Voir, par exemple, Mingshan Lu, Ching-to Albert Ma et Lasheng Yuan (2001). *Risk Selection and Matching in Performance-Based Contracting*, document de travail, Département d'économie, Université de Calgary.

Ensuite, il faut donner une grande diffusion aux données détaillées sur la performance des hôpitaux. Le Canada est en retard sur les autres pays au niveau de l'élaboration et de la publication de fiches de rendement sur les hôpitaux, et si les administrateurs des hôpitaux à piètre performance peuvent toujours trouver des arguments expliquant en quoi leur cote est inexacte, des travaux considérables ont été effectués aux États-Unis et ailleurs sur les fiches de rendement et sur les problèmes techniques que pose l'établissement de profils des fournisseurs de soins médicaux, et le fait que les fiches de rendement ne soient pas un outil parfait ne justifie pas qu'on y renonce.